



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ ШТИП
ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ
ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА



ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ТЕРАПЕВТСКИ
ПРИНЦИПИ ВО ТРЕТМАНОТ НА
АКУТНА ОДОНТОГЕНА ИНФЕКЦИЈА

проф. д-р Цена ДИМОВА

Имплементација на принципи на лекување на инфекција во пределот на лицето и вилиците

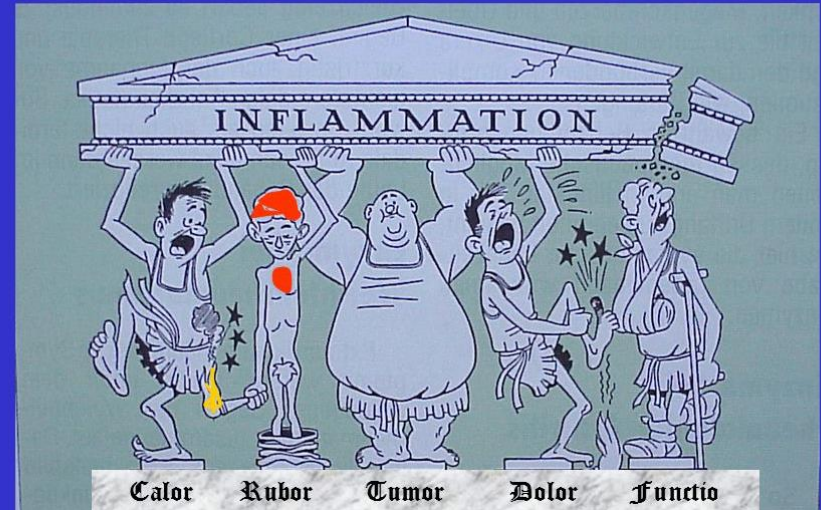
Гнојните инфекции на меките ткива по правило мора хируршки да се отворат и дренираат. „**Ubi pus ibi exvacuo**“ дренажата се постигнува со инцизија на правилното место – **местото на најизразена флукуација**.

Кај длабоко поставените апсцеси во просторите дренажата се овозможува со гумени дренажи. Постигнување на адекватно анестезирање кај овие зафати е предуслов за успешно хируршко лечење. Инцизијата може да се изврши во локална или општа анестезија.

Во I-от век од нашата ера **Celsus** ги опишал четирите кардинални знаци на акутното воспаление, а кон нив подоцна **Galen** го придодал и петтиот клинички знак на акутниот воспалителен процес. Тие се:

1. **Calor** (топлина)
2. **Rubor** (црвенило)
3. **Tumor** (оток)
4. **Dolor** (болка) и
5. **Functio laesa** (нарушена функција).

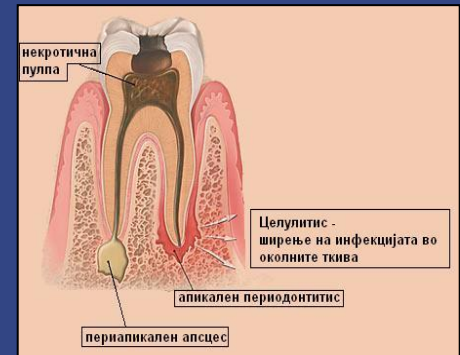
Акутно воспаление



- Екстракцијата на заби во воспалителното подрачје има посебно клиничко значење.
- Индикација за примарна екстракција на заби зависи од повеќе фактори:
 - ❖ - стадиум на воспалението,
 - ❖ - од тоа кој заб е во прашање,
 - ❖ - од состојбата на околните ткива на забот и
 - ❖ - од општата здравствена состојба на пациентот.

- Целта на темата е да се потенцира доктринарниот став:
- за успешен третман и лекување на акутните одонтогени инфекции покрај познавањето на: етиологијата, патогенезата и текот и можното ширење на инфекцијата неопходно е да се применуваат **осум принципи**, практикувајќи ги како редослед на постапки или чекори.

- Екстракција на заби во воспалително подрачје
- Принципи во третманот на АОИ
- Хемотерапија – VI принцип



Екстракција на заби во воспалително подрачје

- Од сите забно лекарски хируршки зафати екстракцијата на заби во воспалителното подрачје е од посебно значење.
- Индикација за примарна екстракција на заби зависи од повеќе фактори:
 - стадиум на воспалението,
 - од тоа кој заб е во прашање,
 - од состојбата на околните ткива на забот и од
 - општата здравствена состојба на пациентот.

Екстракција на заби во воспалително подрачје

- Раната екстракција на заби спречува појава на апсцес и понатамошно ширење на инфекцијата.
- Во доцен стадиум на акутно воспаление на коскените ткива екстракцијата на заби би претставувала додатна траума на веќе постоечката инфекција.
- Кај забите кои се причинители на инфекција, а не претставуваат индикација за екстракција најпрво мора да се проба со конзервативна терапија.

Екстракција на заби во воспалително подрачје

- Широко отворање на *savut pulpe* со внимателно ширење на каналот до *foramen apicis dentis* се овозможува дренажа преку забниот канал а со тоа и исчезнување на сите акутни воспалителни симптоми.
- Во такви случаи каде што дошло до формирање на *субпериостален* и *субмукозен апсцес* неопходно е да се направи додатна *инцизија*.

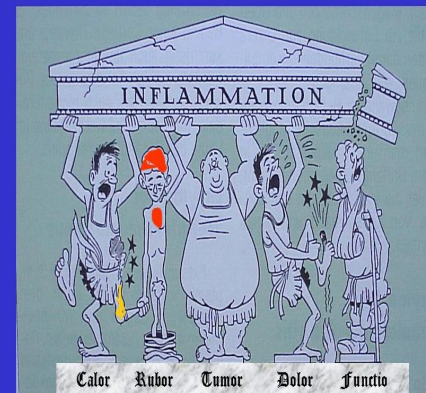
Принцип I - степен на сериозност на инфекција

- Најголем дел од одонтогените инфекции се со благ (слаб) интензитет и бараат минорна терапија. Кога пациентот има потреба од третман иницијална цел е да се процени степенот на сериозност на инфекцијата, и при тоа земената комплетна анамнеза за сегашната болест и клиничкиот преглед се исклучително важни.
- **Анамнезата** се започнува со детектирање на главната тегоба, која може да биде присутна забоболка или појава на едем.
- Во **сегашната болест** се информираме за: почетокот и времетраењето на инфекцијата, брзината на прогресија на болеста (рапидна прогресија во тек на неколку часа, или пак постепено влошување во тек на неколку дена до една недела).

Принцип I - степен на сериозност на инфекција

- Следниот чекор е откривање на **симптоми** присутни кај пациентот, и при тоа типичните знаци на инфламацијата (болка, оток, црвенило, топлина и *functio laesa*) клинички лесно се воочуваат.
- Во контекст на изгубената или намалена функција (*functio laesa*) треба дополнително да се информираме за присутен тризмус, отежнато голтање и дишење.
- Првиот чекор во клиничкиот преглед е проследување на **виталните знаци** кај пациентот, а тоа се: телесна температура, пулс, крвен притисок и респираторен ритам.
- Секое покачување на телесната температура над 37°C укажува на инфекција со повисок степен на сериозност.

Inflammation



Принцип I - степен на сериозност на инфекција

- **Пулсот** (срцевиот ритам) се зголемува со зголемување на телесната температура кај пациентот. Зголемувањето на пулсот **над 100 удари** во минута зборува за сериозна инфекција за која е потребна агресивна терапија. Витален знак кој најмалку варира при услови на присутна инфекција е крвниот притисок кај пациентот. **Благо зголемување на систолниот крвен притисок** е можно само ако е присутна силна болка и анксиозност (вознемиреност) кај пациентот.
- На крај, внимателно се опсервира и **респираторниот ритам** кај пациентот.
- Нормалниот респираторен ритам е **14 - 16 инспириуми (вдишувања) во минута**. При присутна блага до умерена инфекција респираторниот ритам може да се зголеми на 18 - 20 инспириуми во минута.

Принцип I - степен на сериозност на инфекција

- Во клиничкиот преглед, со инспекција се анализира општиот изглед на пациентот.
- Пациент со сериозна инфекција и покачена телесна температура, забрзан пулс и респираторен ритам се чувствува многу болен, уморен и има „токсичен изглед“
- Пределот на главата и вратот кај пациентот треба внимателно да се проследат, и со инспекција да се констатира евентуално присутен оток и еритем. Пациентот треба силно да ја отвори устата, да голтне и длабоко да вдише, при што стоматологот може да забележи присутна одредена дисфункција.



Принцип I - степен на сериозност на инфекција

- Отечената зона треба да се прегледа со помош на палпација, и при тоа се констатира: присутна чувствителност, топлина, и конзистенција.
- **Конзистенцијата на отокот** може да варира од многу мека (нежна) и скоро нормална до тестеста (индурирана) и тврда (како штица).
- Друга карактеристика на отечената зона е **присутната флукуација** т.е. чувство на балон исполнет со течност. Флукуиращкиот оток скоро секогаш значи дека има акумулација на гној во подлабокото ткиво.
- Следниот чекор, во склоп на интраоралниот преглед е да се пронајде специфичната **причина за инфекција**, која може да биде: заби со обемни кариозни лезии, очигледен периодонтален апсцес, сериозна периодонтална болест и др.
- На крај, се спроведува РТГ наод со помош на интраорална или екстраорална РТГ снимка.



Принцип II - евалуација на одбранбен систем

- При **евалуација на одбранбениот систем** кај пациентот, особено е важно да се посочат (воочат) оние медицински состојби кои може да резултираат со>
 - намален (ослабнат) одбранбен одговор.
- При овие состојби е овозможен продор (влез) на поголем број на бактерии во ткивото, условите дозволуваат да тие (бактерии) бидат поактивни или пак тие го попречуваат хуморалниот или целуларниот одбранбен механизам да го манифестира својот полн ефект.
- Постојат неколку специфични состојби кои може да го компромитираат одбранбениот механизам кај пациентот.

Принцип II - евалуација на одбранбен систем

- **Прва група: сериозни, неконтролирани метаболитички болести како што се:**
 - -сериозен diabetes mellitus,
 - завршна фаза на бубрежна болест која води до уремија,
 - сериозен алкохолизам со малнутриција доведуваат до намалена функција на леукоцитите, вклучувајќи намалена нивна хемотакса и фагоцитоза.
- **Втора група: болести кои интерферираат (попречуваат) со одбранбените механизми, како што се:**
 - леукози,
 - лимфома и
 - голем број на канцерозни болести.

При овие состојби е намалена функцијата на леукоцитите како и синтезата и продукцијата на антитела.

Принцип II - евалуација на одбранбен систем

- Третата група пациенти кои земаат супресивна медикаментозна терапија. Хемотерапијата при малигни болести го намалува бројот на циркулирачки бели крвни зрнца на екстремно ниско ниво, често пати под 1.000 / 1 мм³ крв. При ваква состојба пациентот не е способен ефикасно да се брани од бактериската инвазија.
- **Имуносупресивната терапија** (автоимуни болести, трансплантација на органи) доведува до намалена функција на Т и В лимфоцити и намалена продукција на имуноглобулини.

Принцип II - евалуација на одбранбен систем

- Доколку при земањето на **анамнеза** се добие податок за присуство на било која од овие состојби, тогаш пациентот со инфекција мора да биде третиран многу поагресивно, бидејќи инфекцијата може да се шири рапидно.
- Треба да се преземе рана и агресивна хируршка тераписка постапка насочена кон елиминација на причината за инфекција, надополнета со парентерална антибиотска терапија.
- Дополнително, кај вакви пациенти потребна е предоперативна **антибиотска профилакса**, со цел да се превенира појава на инфекција.

Принцип III - дали пациентот треба да биде третиран од општ стоматолог или специјалист?

- Најголем број од одонтогените инфекции успешно се третирани од страна на општ стоматолог, со изведување на **минорни хируршки постапки надополнети со антибиотска терапија**.
- Меѓутоа, некои одонтогени инфекции се **ЖИВОТО-загрозувачки** и истите бараат агресивен хируршки и медикаментозен приод. При вакви состојби, раното препознавање на потенцијалната сериозност на инфекцијата е есенцијално, и пациентот треба да биде препратен кај орален или максилофацијален хирург.

Три главни критериуми кои сугерираат имедијатно упатување на пациентот на специјалист:

1. Брза (рапидна) прогресија на инфекцијата тоа значи дека инфекцијата започнала еден или два дена пред приемот на пациентот, со брзо влошување, со зголемување на отокот и болката и присутни придружни знаци и симптоми.
2. Отежнато дишење т.е. потешкотии со дишењето - присутен сериозен оток на мекото ткиво на горните дишни патишта (како резултат на инфекција) може да предизвика потешкотии при дишењето.
3. Отежнато голтање т.е. потешкотии при голтањето - присутниот оток и тризмус може да доведат до потешкотии при голтањето на сопствената плунка.

Дополнителни критериуми за упатување на пациентот на специјалист

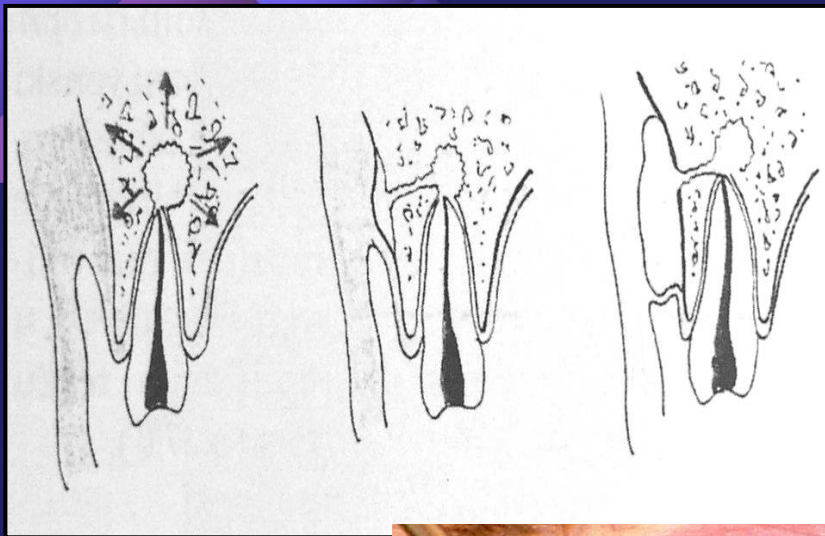
1. Инволвирани секундарни фасцијални простори (пр. при инфекција во букален или субмандибуларен простор можна е потреба од екстраорална инцизија и дренажа, и хоспитализација на пациентот)
2. Покачена телесна температура (т.т.>37-38oC индицира поголема веројатност за присутна сериозна инфекција)
3. Силно изразен тримус (при одонтогените инфекции тризмусот се должи на инволвираност на масикаторните мускули со воспалителниот процес. При присутен благ до умерен тризмус пациентот може да ја отвори устата повеќе од 15mm, додека пак при сериозен тризмус, отворањето на устата е под 10mm - можна индикација за сериозно инволвирање на оро-фаринксот со инфекција).

Дополнителни критериуми за упатување на пациентот на специјалист

4. Токсичен изглед на пациент (кога во клиничката слика се присутни силно изразени општи симптоми, пациентот има типичен изглед на болен човек со заматени очи, отворена уста, дехидратација, силна болка, покачена телесна температура)
5. Компромитиран одбранбен систем (кај пациент со компромитиран одбранбен систем потребно е негова хоспитализација и терапија преземена од доктор-специјалист).

Принцип IV - хируршки третман на инфекција

- Основен принцип во згрижувањето на одонтогената инфекција е изведување на **хируршка дренажа и отстранување на причината за инфекција**.
- Хируршкиот третман се движи во граници од едноставни постапки како трепанација на заб и екстирпација на некротична пулпа до комплексни постапки како широка инцизија на меко ткиво во субмандибуларен и вратен предел при сериозна инфекција.



Принцип IV - хируршки третман на инфекција

- Примарна цел на хируршкиот третман е обезбедување на дренажа на акумулираната пурулентна содржина и некротичниот дебрис. Оваа цел се постигнува со примена на некоја од следниве **постапки**:
 - трепанација на забот причинител на инфекција;
 - трепанација на вестибуларна кортикална ламина (трансмаксиларна остеотомија);
 - инцизија и дренажа;
 - екстракција на забот причинител на инфекција.

Принцип IV - хируршки третман на инфекција

- Секундарна цел на хируршкиот третман е отстранување на причината за инфекција, што е најчесто некротична пулпа или длабок периодонтален џеб. Оваа цел се постигнува со примена на некоја од следниве постапки:
 - - ендодонтски третман;
 - - екстракција на заб;
 - - третман на периодонтален џеб;
 - - хируршки третман на хроничен периапикален процес.

КАРАКТЕРИСТИКИ НА ТРИ КАТЕГОРИИ НА ИНФЕКЦИИ

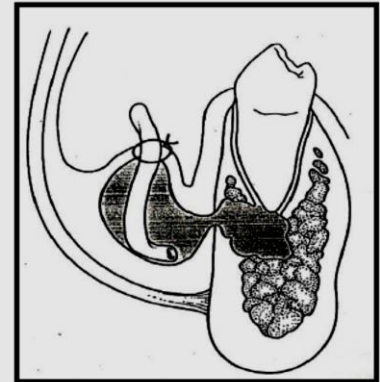
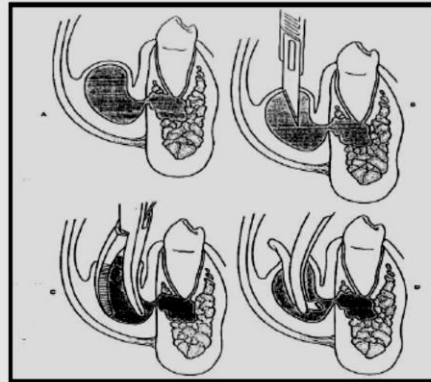
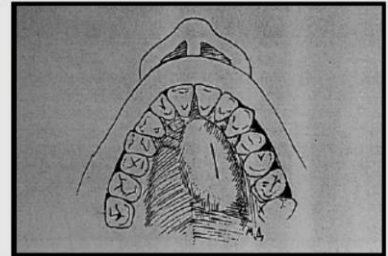
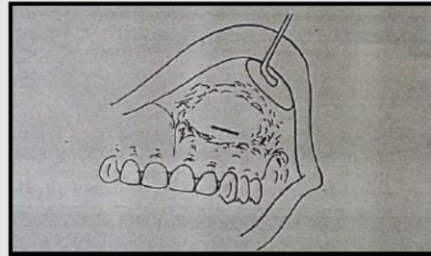
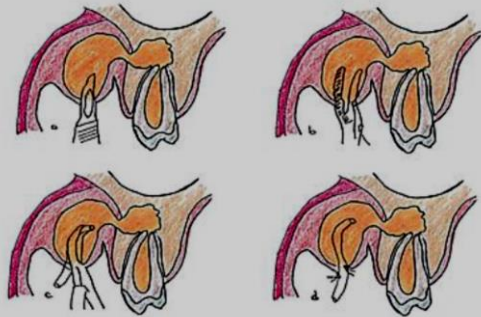
Characteristic	Inoculation	Cellulitis	Abscess
Duration (days)	0–3	2–5	4–10
Discomfort	Mild	Severe, diffuse	Mild, localized
Palpation	Soft, doughy	Firm, indurated	Fluctuant, tender
Pus	None	None	Present
Skin	Normal	Red	Red periphery
Severity	Minimal	Greater	Less
Bacterial species	Aerobic	Mixed	Anaerobic

*Curtis G. How are odontogenic infections best managed. J Canad Dent Assoc. 2010; 76:a37

Принцип IV - хируршки третман на инфекција

- Во услови на присутна типична одонтогена инфекција, која најчесто се манифестира во форма на **вестибуларен апсцес**, постојат три опции за хируршки третман:
 - ендодонтски третман,
 - екстракција на заб,
 - инцизија со дренажа.

Техника на интраорална инцизија



сулкусна инцизија

Техника на екстраорална инцизија



Management of odontogenic infections and sepsis: an update

Phil Jevon,^{*1} Ahmed Abdelrahman² and Nick Pigadas³

BRITISH DENTAL JOURNAL | VOLUME 229 NO. 6 | SEPTEMBER 25 2020



Fig. 1 a) Even a mild pericoronitis b) if left untreated may progress to the formation of an abscess that could expand in the submandibular and submental spaces c) or further to the neck and pretracheal spaces d) requiring extensive drainage and airway protection through a tracheostomy

Table 1 Risks associated with anatomical location

Risk	Low	Moderate	High	Extreme
Spaces	Vestibular	Submandibular	Lateral pharyngeal	Mediastinum
	Infraorbital	Submental	Retropharyngeal	Intracranial infection
	Buccal	Sublingual	Pretracheal	
		Pterygomandibular		
		Submasseteric		
		Temporal		

Принцип V – медикаментозна терапија

- Општата терапија опфаќа ординирање на медикаменти: антибиотици (основна и најважна терапевска мерка), аналгетици, антипиретици, супституциона терапија за надомест на изгубени течности, електролити, витамини, хранливи материи.
- Спроведената општа терапија е насочена кон:
 1. Борба со инфекција и интоксикација на организмот;
 2. Елиминација на локални и општи симптоми на инфекција;
 3. Заштита од токсични и распадни продукти на микроорганизмите;
 4. Нормализација на нарушените функции на организмот и
 5. Подигање на имунолошкиот статус на организмот.

Принцип VI – избор на адекватна антибиотска терапија

- Често пати е присутна една погрешна концепција дека при сите инфекции (по дефиниција) е потребна антибиотска терапија. Напротив, антибиотската терапија не е секогаш потребна при третманот на АОИ.
- При донесувањето на одлуката за вклучување на антибиотска терапија, треба сериозно да се земат во предвид следните **фактори**:

1. Степен на сериозност на инфекцијата -

2. Адекватен хируршки третман - стоматологот треба да процени дали планираната т.е. спроведената хируршка постапка ќе биде максимално тераписки ефикасна.

3. Одбранбен систем на пациентот - при состојби кога имунолошкиот одбранбен систем реагира на задоволителен (соодветен) начин антибиотската терапија не е секогаш потребна.

Хемотерапија



- Широкиот спектар на причинители кај инфекции во пределот на лицето и вилиците, го отежнува лекувањето со примена на антибиотици.
- До денес ни едно хемотерапевско средство не може да ги отстрани сите потенцијални причинители.
- Два антибиотика во комбинација се препорачуваат кај гнојните инфекции.

ИНДИКАЦИИ

1. **Инфекција со акутен (бурен) почеток**, со дифузен оток и присутна умерена до силна болка. Овој тип на инфекција е обично во клиничка форма на целулитис, и со адекватна антибиотска терапија и третман на забот причинител присутната инфекција брзо се елиминира;
2. При сите состојби со присутен **компромитиран одбранбен систем** неопходно е потребна антибиотска терапија;
3. Присутна инфекција која со својата прогресија ги инволвира секундарните, екстраорални фасцијални простори. Станува збор за доволно **агресивна инфекција** која се шири надвор од оралната празнина, и укажува на присутен одбранбен систем кој е неадекватен да ја елиминира инфекцијата;
4. Сериозен **pericoronitis со зголемена телесна температура**, присутен силно изразен тризмус и оток на мекото ткиво во пределот на виличниот агол;
5. При присутен **osteomyelitis** антибиотската терапија е потребна како надополнување на хируршката терапија.

Принципи на антибиотска терапија

1. Рутинска употреба на емпириска антибиотска терапија
2. Употреба на антибиотици со **најограничен (најтесен) спектар на дејство**
3. Употреба на антибиотици со **најмал степен на токсичност** и несакани проследени ефекти.
4. Употреба на антибиотици со **бактерицидно дејство** (по можност)

Принцип VII – правилна администрација на антибиотици

- Од како е донесена одлука за вклучување на антибиотска терапија следниот принцип кој стоматологот мора да го почитува е правилна администрација на планираниот антибиотик. Правилната администрација на антибиотикот опфаќа неколку компоненти:
 1. правилна доза;
 2. правилен временски интервал;
 3. правилен начин на внесување;
 4. доволно долга администрација на антибиотикот.

Најчесто користени антибиотици

Beta-lactamase
antibiotics

Penicillin

Cephalosporin

Penicillin v

Amoxicillin

Co-amoxiclav

Ampicillin

Nitroimidazole

Metronidazole

Macrolides

Erythromycin

Azithromycin

Clarithromycin

Lincosamide

Clindamycin

Fluoroquinolones

Ciprofloxacin

Moxifloxacin

Tetracycline

Hindawi
International Journal of Dentistry
Volume 2021, Article ID 6667624, 10 pages
<https://doi.org/10.1155/2021/6667624>

Review Article
Antibiotic Therapy in Dentistry

Hanie Ahmadi,¹ Alireza Ebrahimi,² and Fatemeh Ahmadi³

Најчести антибиотици кои се препишуваат за одонтогени инфекции

Antibiotic	Usual adult dosage	Usual pediatric dosage
Penicillin V	600 mg every 6 h	25–50 mg/kg/day divided into 4 doses
Amoxicillin	500 mg every 8 h	25–50 mg/kg/day divided into 4 doses
Cephalexin	500 mg every 6 h 2 g 1 h pre-op (joint prophylaxis)	25–50 mg/kg/day divided into 4 doses
Metronidazole	500 mg twice daily	15–30 mg/kg/day divided into 3 doses
Clindamycin	300–450 mg every 6 h	10–30 mg/kg/day divided into 3 or 4 doses
Moxifloxacin	400 mg daily	Not established
Erythromycin	500 mg enteric coated every 8 h 333 mg enteric coated every 6 h 250 mg (base) every 6 h	30–50 mg/kg/day divided into 2–4 doses

*Curtis G. How are odontogenic infections best managed. J Canad Dent Assoc. 2010; 76:a37

Antibiotic use in dental practice. A review

Rafael Poveda Roda ¹, José Vicente Bagán ², José María Sanchis Bielsa ¹, Enrique Carbonell Pastor ¹

Table 1. Antibiotics commonly used in application to odontogenic infections.

Drug substance	Administration route	Posology	Side effects
Amoxicillin	po*	500 mg/8 hours 1000 mg/12 hours	Diarrhea, nausea, hypersensitivity reactions
Amoxicillin-clavulanic acid	po or iv **	500-875 mg/8 hours* 2000 mg/12 hours* 1000-2000 mg/8 hours**	Diarrhea, nausea, candidiasis, hypersensitivity reactions
Clindamycin	po or iv	300 mg/8 hours* 600 mg/8 hours**	Pseudomembranous colitis
Azithromycin	po	500 mg/24 hours 3 consecutive days	Gastrointestinal disorders
Ciprofloxacin	po	500 mg/12 hours	Gastrointestinal disorders
Metronidazole	po	500-750 mg/8 hours	Seizures, anesthesia or paresthesia of the limbs, incompatible with alcohol ingestion
Gentamycin	im*** or iv	240 mg/24 hours	Ototoxicity Nephrotoxicity
Penicillin	im or iv	1.2-2.4 million IU/24 h*** Up to 24 million IU/24 hours**	Hypersensitivity reactions, gastric alterations

*po:oral route; **iv:intravenous route; *** im:intramuscular route.

Antibiotic use in dental practice. A review

Rafael Poveda Roda ¹, José Vicente Bagán ², José María Sanchis Bielsa ¹, Enrique Carbonell Pastor ¹

Table 2. Antibiotic prophylaxis against bacterial endocarditis in oral procedures (AHA).

Antibiotic	Indication	Dose	Timing
Amoxicillin	Standard	2 g po, *50 mg/kg po	1 hour before
Ampicillin	If oral route cannot be used	2 g im or iv, *50 mg im or iv	½ hour before
Clindamycin	Allergy to penicillin	600 mg po, *20 mg/kg	1 hour before
	Allergy to penicillin and oral route cannot be used	600 mg po or iv, *20 mg/kg iv	½ hour before
Cephalexin or cefadroxil	Allergy to penicillin	2 g po, *50 mg/kg po	1 hour before
Azithromycin or clarithromycin	Allergy to penicillin	500 mg po, *15 mg/kg po	1 hour before
Cefazolin	Allergy to penicillin and oral route cannot be used	1g im or iv, *25 mg/kg	½ hour before

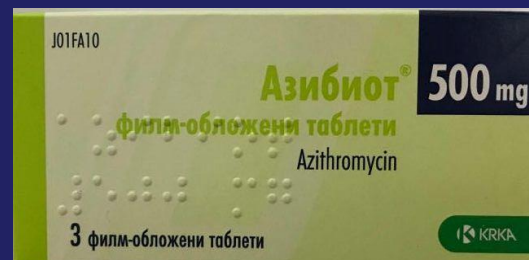
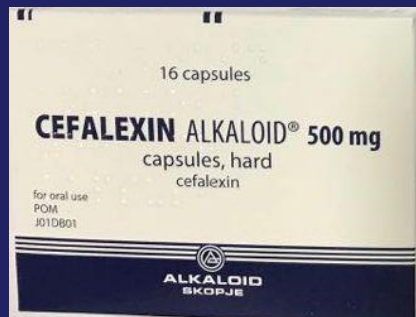
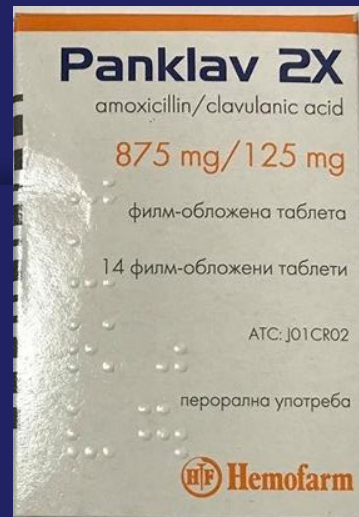
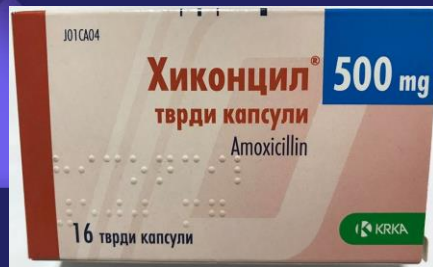
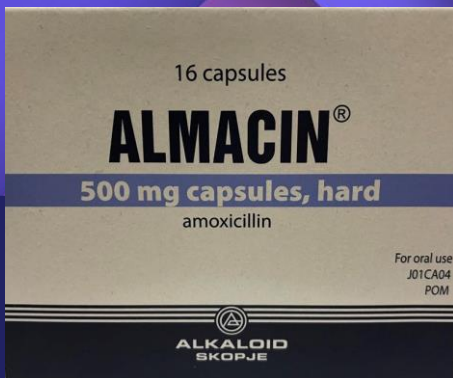
*pediatric dose; *po:oral route; **iv:intravenous route; *** im:intramuscular route.

Antibiotic use in dental practice. A review

Rafael Poveda Roda ¹, José Vicente Bagán ², José María Sanchis Bielsa ¹, Enrique Carbonell Pastor ¹

Table 3. Dose adjustment of antibiotics most commonly used in dental practice, in patients with chronic kidney failure, according to creatinine clearance.

Drug	Normal dose	Dose with creatinine clearance 10-50 ml/min.	Dose with creatinine clearance <10 ml/min.
Amoxicillin	500/1000 mg/8h	Every 8-12 h	Every 12-14 h
Amoxicillin-clavulanate	500-875 mg/8h	Every 8 hours	Every 12-24 hours
Clindamycin	300 mg/8h	No adjustment needed	No adjustment needed
Doxycycline	100 mg/24h	No adjustment needed	No adjustment needed
Erythromycin	250-500 mg/6h	No adjustment needed	No adjustment needed
Metronidazole	250-500 mg/8h	Every 8-12 hours	Every 12-24 hours
Penicillin G	0.3-1.2 million IU/6-12 h	50-100% of the dose every 8-12 hours	25-50% of the dose every 12 hours
Azithromycin	500 mg/24h 3 days	No adjustment needed	No adjustment needed



Antibiotic prophylaxis and therapy in oral surgery: A review

J. Thomas Lambrecht, Dr Med Dent¹

Antibiotic	Dosage/day	Duration (days)
Tetracycline	4 x 250 mg	21
Doxycycline	1 x 200 mg	1
	1 x 100 mg	20
Metronidazole	1 x 400 mg	8
Metronidazole and amoxicillin	1 x 400 mg	8
	1 x 500 mg	
Metronidazole and ciprofloxacin	2 x 500 mg	8
	2 x 500 mg	
Amoxicillin and clavulanic acid	1 x 500 mg	14
Ciprofloxacin	2 x 500 mg	10
Clindamycin*	4 x 100 mg	7

Quintessence int 2007; 38: 689-697

Принцип VIII - евалуација на пациент

- Состојбата кај пациентот кај кого е спроведена одредена хируршка постапка и е вклучена антибиотска терапија задолжително треба да се контролира на секои 24 часа. Ова се прави со една единствена цел - да се процени одговорот на спроведената хируршка и антибиотска терапија (т.е. дали спроведената терапија е добра, и состојбата кај пациентот се подобрува или не).
- Најчесто се забележува подобрување на севкупната состојба 2 дена по спроведување на терапијата. Многу поретко се случува да нема адекватен одговор на спроведената терапија, и тогаш стоматологот треба многу внимателно да ја детектира (открие) причината за неуспешна та терапија.

Причини за неуспешна терапијата се:

1. неадекватна хируршка терапија (неоправдано одложена екстракција на заб, лошо направена инцизија);
2. пад на одбранбениот систем;
3. присуство на туѓо тело (при АОИ многу ретко се случува присуство на туѓо тело, но сепак треба да се направи РТГ снимка на соодветната регија на која ќе се констатира или пак нема да се констатира присуство на туѓо тело);
4. проблеми со антибиотска терапија.

ЗАКЛУЧОК

- Акутна одонтогена инфекција претставува индикација за вадење на заб во било која фаза на развој на истата, доколку воспалениот заб нема друга можна иднина.
- Екстракцијата на заби пожелно е да се изврши што е можно поскоро, а постапката не треба да се одложи со давање на антибиотици, аналгетици за ублажување на болката или контролирање на инфекција.
- Непосредната екстракција го спречува развојот на посериозни можни инфекции.
- Прескрипцијата на антибиотици треба да е со практикување на строго пропишаните дози и правила на ординирање.

The top-left corner of the slide features a decorative graphic consisting of several overlapping triangles in various shades of blue and purple. The main body of the slide is a solid dark blue.

БЛАГОДАРАМ ЗА ВНИМАНИЕТО